PARIJS

Année 1973 N°

UNIVERSITE RENE DESCARTES

FACULTE NECKER-ENFANTS-MALADES

38

THESE

POUR LE

DOCTORAT EN MEDECINE

(Diplôme d'Etat)

PAR

Anne-Marie BALFOURIER

NEE LE 12 MAI 1947 A PARIS

Presentée et soutenue publiquement le 1973

PREMIERES CONCLUSIONS TIREES D'UNE CONSULTATION DE PEDIATRIE DESTINEE AUX ENFANTS PORTUGAIS

PRESIDENT : MONSIEUR MANDE, PROFESSEUR

Editions de l'A.G.E.M.P.
8, Rue Dante - PARIS Ve

PRESIDENT : Monsieur MANIN, Professeur

Année 1973 N°

UNIVERSITE RENE DESCARTES

FACULTE NECKER-ENFANTS-MALADES

THESE

POUR LE

DOCTORAT EN MEDECINE

(Diplôme d'Etat)

PAR

Anne-Marie BALFOURIER

NEE LE 12 MAI 1947 A PARIS

Presentée et soutenue publiquement le 1973

PREMIERES CONCLUSIONS TIREES D'UNE CONSULTATION DE PEDIATRIE DESTINEE AUX ENFANTS PORTUGAIS

PRESIDENT : MONSIEUR MANDE, PROFESSEUR

Editions de l'A.G.E.M.P.

8, Rue Dante - PARIS Ve

UNIV.
LEIDEN
BIBL.

A mes Parents

A mes Frères et Soeurs

A toute ma famille

En témoignage de mon affection.

A Monsieur le Professeur Raymond MANDE

qui m'a fait l'honneur de présider cette thèse.

Qu'il veuille accepter l'expression de ma gratitude et de mon respect.

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41548009_0027

A Monsieur le Docteur Pierre STRAUS

qui m'a proposé ce travail pour lequel il ne m'a ménagé ni son temps ni ses conseils.

Qu'il trouve ici l'expression de ma reconnaissance et de mon amical respect.

A Madame BELO

Au Docteur BARROS

mes interprètes et amis sans l'amitié et l'aide desquels ce travail n'aurait pu être fait.

A Mademoiselle NORGUET

A Mademoiselle ATGER

A tous ceux et celles qui m'ont aidée, à quelque titre que ce soit, dans l'élaboration de ce travail.

Qu'ils trouvent ici le témoignage de ma reconnaissance.

A mes Maîtres dans les hôpitaux,

Monsieur le Professeur RAMBERT

Monsieur le Professeur MATHEY

Monsieur le Professeur MEYER

Monsieur le Professeur SOULIE

Monsieur le Professeur ROSSIER

Monsieur le Docteur AUROUSSEAU

Monsieur le Docteur GERBAUX

Monsieur le Professeur SIVADON

Monsieur le Professeur MOLINIER

P L A N

- Introduction

I - La consultation et la méthode de travail

1 - la consultation

2 - la méthode de travail.

II - Caractères généraux relatifs aux consultants

1 - le recrutement :

a) - l'aire de recrutement

b) - le mode de recrutement

2 - âges des enfants

3 - motifs de venue

III - Problèmes médicaux :

1 - Hypotrophie - rachitisme

2 - tuberculose,

3 - dermatcse,

4 - ascaridiose

5 - vaccination

6 - états malformatifs

7 - enfants handicapés

8 - inadaptation scolaire

IV - Les conditions écologiques : Ces familles

1 - d'où viennent-elles ?

2 - comment sont-elles venues en France ?

3 - quelles sont-elles ?

4 - que font-elles ?

5 - Où et comment vivent-elles ?

6 - Que désirent-elles ?

V - Adaptation :

1 - Ecole maternelle

2 - Ecole primaire

VI - Conclusion

oOo

INTRODUCTION

Au 1er janvier 1971 on estimait à près de 3,300,000 le nombre des étrangers résidant en France. Parmi eux, le nombre des enfants s'élevait environ à 700,000. Il n'est pas question d'étudier tous les problèmes que pose une émigration d'une telle importance, mais cette population infantile entraîne sur le plan de la santé, de l'éducation sanitaire, des hospitalisations, de l'adaptation scolaire et psychologique, des problèmes d'une ampleur souvent insoupçonnée.

L'arrivée de ces travailleurs étrangers et de leur famille s'est faite par vagues successives. Les migrations algériennes et espagnoles commençaient à être bien connues des services sociaux et sanitaires, et s'acheminaient vers une stabilisation, quand la migration portugaise, bousculant tous les efforts entrepris, amena par son importance, de nouvelles recherches.

Certains caractères propres à cette migration, en particulier la courbe des entrées depuis quelques années, et l'importance croissante de l'émigration clandestine, signalée dès 1965 par les services de la Préfecture de la Seine, n'avaient fait que s'accentuer. Chaque jour, durant l'été 1970, 300 portugais sont entrés en France dont 95 % de façon clandestine. Ils étaient 607,069 au 1er janvier 1971, presque tous concentrés dans la région parisienne, Paris "déjà la troisième ville du Portugal étant en passe de devenir la seconde". Parmi eux, 200,000 enfants soit près de 30 % des enfants étrangers vivant en France.

C'est dans ce contexte que fut créée au 1er trimestre 1971, à l'hôpital des Enfants Malades, dans le service du Professeur Mande, une consultation de pédiatrie s'adressant spécifiquement aux enfants portugais de la région parisienne. La présence d'un médecin-interprète, puis d'une assistante sociale portugaise permettait d'espérer une meilleure approche des problèmes posés à ces familles, et, en conséquence, une plus grande efficacité des solutions proposées.

oOo

- II -

LA CONSULTATION ET LA METHODE DE TRAVAIL

Notre étude portera sur 71 dossiers concernant des enfants venus à la consultation au cours de la première année. De ces dossiers seront extraits des renseignements tant médicaux que sociaux, à partir desquels, il sera peut être possible de préciser le visage de ces familles migrantes. Mais il est utile, avant tout autre chose, de décrire le cadre de la consultation.

I - LA CONSULTATION

On connaît la difficulté d'établir un bilan médico-social, une relation préventive et thérapeutique avec une personne qui ne comprend pas notre langue. Bien évidemment, les cas les plus graves, quand il s'agit de malades se font eux mêmes leurs interprètes, le médecin n'a pas à chercher le pourquoi et le comment de la maladie, le traitement s'impose de lui-même. Il en est autrement devant un enfant présentant une hypotrophie, aux causes multiples, devant un jeune infirme moteur cérébral, dont le traitement, pour être quelque peu efficace doit non seulement être compris des parents, mais exige encore du médecin une connaissance suffisante du milieu affectif, psychologique et social où vit l'enfant. Enfin, le handicap linguistique, devient obstacle lorsque l'on envisage de mener une action préventive et éducative, complèment indispensable de tout acte médical visant à une action durable. La présence d'un médecin-interprète a donc été le premier

le premier élément constitutif de la consultation.

Les services de protection maternelle et infantile, les services d'hygiène scolaire départementaux furent informés de l'ouverture d'une consultation en langue portugaise. Une annonce enfin, parut dans les journaux de l'émigration portugaise, et les divers organismes d'aide et d'action sociale auprès des émigrés furent également joints.

La consultation a lieu le mercredi matin, à l'hôpital des Enfants-Malades. Elle se déroule dans une des salles de consultation du service de pédiatrie du Professeur Mande. Nous y disposons du matériel nécessaire à une consultation de pédiatrie générale. Les familles consultantes, après avoir pris rendez-vous, par téléphone, auprès de la surveillance générale, sont convoquées dès 9 h. A leur arrivée, il leur faut trouver nos locaux, se faire enregistrer à la caisse, attendre dans la salle commune à l'ensemble des consultations du service. L'enfant est alors systématiquement pesé et mesuré par une infirmière. Puis la famille est appelée par l'externe, et conduite dans le boxe de consultation. Elle y est accueillie par le médecin pédiatre et le médecin interprète. La consultation se déroule en portugais. Au début de l'année 1972, une assistante sociale portugaise fut jointe à l'équipe. C'est à elle qu'il appartient maintenant d'attendre et d'accueillir les familles, à leur arrivée dans le service, les accompagnant aux caisses, et prenant les premiers renseignements. A la consultation sont donc présents quatre personnes : le médecin interprète, le pédiatre, l'externe et l'assistante sociale portugaise. Dans un certain nombre de cas, la famille, généralement composée de deux membres, la mère et l'enfant, plus rarement de trois, le couple et l'enfant, est accompagnée par une puéricultrice ou une assistante sociale de l'organisme qui nous l'envoie. Cette dernière, assiste également à la consultation.

Le matériel disponible et la structure même de la consultation permettent simplement de faire un tout premier examen général, et, de diriger éventuellement les malades vers un service spécialisé. Pour tous les examens complémentaires, les familles sont dirigées vers les laboratoires compétents et accompagnées afin de prendre rendez-vous.

II - METHODE DE TRAVAIL

Notre ambition préventive nous a amenés à étudier le milieu familial des enfants consultants, et le milieu de vie de ces mêmes enfants.

Les renseignements ont été recueillis, au cours même de la consultation, sur le mode de l'entretien libre. Une visite à domicile a ensuite été effectuée, auprès des familles habitant Paris. Elle a permis, avec l'aide de l'assistante sociale portugaise, par une observation attentive et une conversation prolongée avec certaines de ces familles, de mieux percevoir l'univers socio-culturel de ces familles émigrées.

De cette façon, pour chaque enfant fut établi un dossier comportant :

- une observation médicale,
- une fiche médico-sociale.

Sur la première figure :

- les conditions de venue, et le motif évoqué, lors de la première consultation,
- les antécédents pathologiques,
- les vaccinations,
- l'histoire de la maladie actuelle,
- le résumé de l'observation clinique (y compris les examens complémentaires et la thérapeutique).

La fiche médico-sociale fut conçue de façon à pouvoir être traitée mécanographiquement. Elle ne parut jamais devant les malades, que ce soit au cours de la consultation, ou au domicile; mais fut remplie immédiatement, dans un second temps, en fonction des renseignements recueillis au fil de la conversation.

(voir fiches jointes pages 7, 8, 9, 10, 11)

Il serait logique d'exploiter systématiquement les renseignements recueillis sur ces dossiers. En fait, seuls ceux concernant des caractères

généraux tel l'âge des enfants, le motif de leur venue, l'aire de recrutement, peuvent être traités statistiquement.

Le reste, du fait du petit nombre des consultants étudiés, et des limites imposées par le parti pris d'un entretien non directif, ne rend qu'une image de ce que nous avons vu durant un an, sans préjugé possible sur les conditions sanitaires et sociales de l'ensemble des imigrants.

oOo

/0/1 3/_/_/ 6/_/_/ 8/_/_/_/_/ Date de rédaction 12/_/_/ 14 /_/_/

cc enquête centre dossier mois année

Nom : 16/_/_/_/_/

adressé par : médecin traitant 1
dispensaire PMI 2
école 3
autre 4 20 /_/

- Lieu d'origine au Portugal

Nom du village :
Nom de la ville :
Nom de la province :

rural 1
péri urbain 2
urbain 3 21 /_/

Ascendants :	PERE	MERE
Age : Père Mère	22/_/_/	32 /_/_/
Profession au Portugal Cultivateur 1 Artisan-ouvrier 2 Autre 3	24 /_/	34 /_/
Niveau culturel au Portugal Lit et écrit 1 Analphabète 2	25 /_/	35 /_/
Depuis combien de temps en France moins de 1 an 0 entre 1 et 2 ans 1 entre 2 et 3 ans 2 entre 3 et 4 ans 3 entre 4 et 5 ans 4 plus de 5 ans 5	26 /_/	36 /_/
Conditions d'entrée en France clandestin 1 contrat de travail 2 passeport tourisme 3	27 /_/	37 /_/
Mode de travail en France horaire 1 mensuel 2 ne travaille pas 3	28 /_/	38 /_/
Profession du père : Profession de la mère :		
Salaire par mois, sans allocations familiales salaire du père : salaire de la mère :	29 /_/	39 /_/

Heures supplémentaires pas d'heures supplémentaires 1 travaille entre 40 et 60 h. par sem. 2 travaille plus de 60 h par semaine 3	30 /_/	40 /_/
Niveau culturel en France ne parle pas 1 parle et comprend un peu 2 parle et lit un peu 3 parle, lit et écrit 4	31 /_/	41 /_/
Nombre d'enfants vivants	42 /_/	
Nombre d'enfants nés morts :	43 /_/	
Nombre d'enfants décédés :	44 /_/	
Nombre de fausses couches :	45 /_/	
(si enfant décédé, de quoi est-il mort ? (à la naissance ? de maladie ? laquelle ?)		

FRATRIE	1/0/2 cc
Enfant consultant	
Prénom :	
Sexe : masculin 1 féminin 2	12 /_/
Age moins de 1 an 0 entre 1 et 2 ans 1 entre 2 et 3 ans 2 entre 3 et 4 ans 3 entre 4 et 5 ans 4 plus de 5 ans	13/_/_/
Lieu de naissance Portugal 1 France 2	15 /_/
Rang de la fratrie :	16 /_/
L'enfant est-il gardé : par la mère 1 par un autre membre de la famille 2 par une voisine 3 par une nourrice agréée 4 en crèche 5	17 /_/
Est-il déjà allé en placement social ? Non 0 Oui 1	18 /_/

A-t-il déjà été hospitalisé ? 19 /_/
non 0 oui 1

Va-t-il à l'école ? 20 /_/
non 0 oui 1

Niveau scolaire 21 /_/
maternelle 1
primaire 2
secondaire 3
technique 4

Adaptation scolaire 22 /_/
classe traditionnelle, bien adapté 1
classe traditionnelle, mal adapté 2
classe transition ou d'initiation 3

Frères et soeurs

	Prénom	Sexe M 1 F 2	Age	Résidence Portugal 1 France 2	Particularité RAS 1 prob. santé 2 prob. éducation 3
1		23 /_/	24 /_/_/	26 /_/	27 /_/
2		28 /_/	29 /_/_/	31 /_/	32 /_/
3		33 /_/	34 /_/_/	36 /_/	37 /_/
4		38 /_/	39 /_/_/	41 /_/	42 /_/
5		43 /_/	44 /_/_/	46 /_/	47 /_/
6		48 /_/	49 /_/_/	51 /_/	52 /_/
7		53 /_/	54 /_/_/	65 /_/	57 /_/

LOGEMENT /0/3
cc

Au Portugal

En france baraque 1 12 /_/
hôtel meublé 1

Type de logement
- logement ancien 3
- chantier du bâtiment 4
- loge de concierge 5
- H L M 6
- autre 7

Mode d'occupation
- propriétaire 1
- locataire 2

13 /_/

Loyer ou mensualité
- inférieur à 200 1
- 200 à 300 2
- 300 à 400 3
- 400 à 500 4
- 500 à 600 5
- supérieur à 600 6

14 /_/

Nombre de pièces (sans cuisine) : 15 /_/

Nombre de personnes partageant le logement : 16 /_/_/

Y a-t-il dans le logement

cuisine séparée	non 0	oui 1	18 /_/
WC	non 0	oui 1	19 /_/
eau courante	non 0	oui 1	20 /_/
électricité	non 0	oui 1	21 /_/
gaz	non 0	oui 1	22 /_/

Moyen de chauffage
- chauffage central 1
- chauffage individuel : charbon 2
  - mazout 3
  - gaz 4
  - électricité 5

23 /_/

Obscurité
- Non 0 oui 1

24 /_/

Humidité
- Non 0 oui 1

25 /_/

ADAPTATION

La famille connaît-elle

centre de sécurité sociale	non 0	oui 1	26 /_/
consultation de nourrisson	non 0	oui 1	27 /_/
médecin traitant	non 0	oui 1	28 /_/

Est-elle
satisfaite de ses conditions de séjour 1 — 29 /_/
assez contente 2
mécontente 3

Principales raisons de contentement ou de mécontentement :

La famille a-t-elle des rapports personnels avec d'autres Français :
oui 1 non 0 — 30 /_/

S'agit-il :
de voisins 1 — 31 /_/
de camarades de travail 2
d'amis 3
(les codes peuvent s'ajouter)

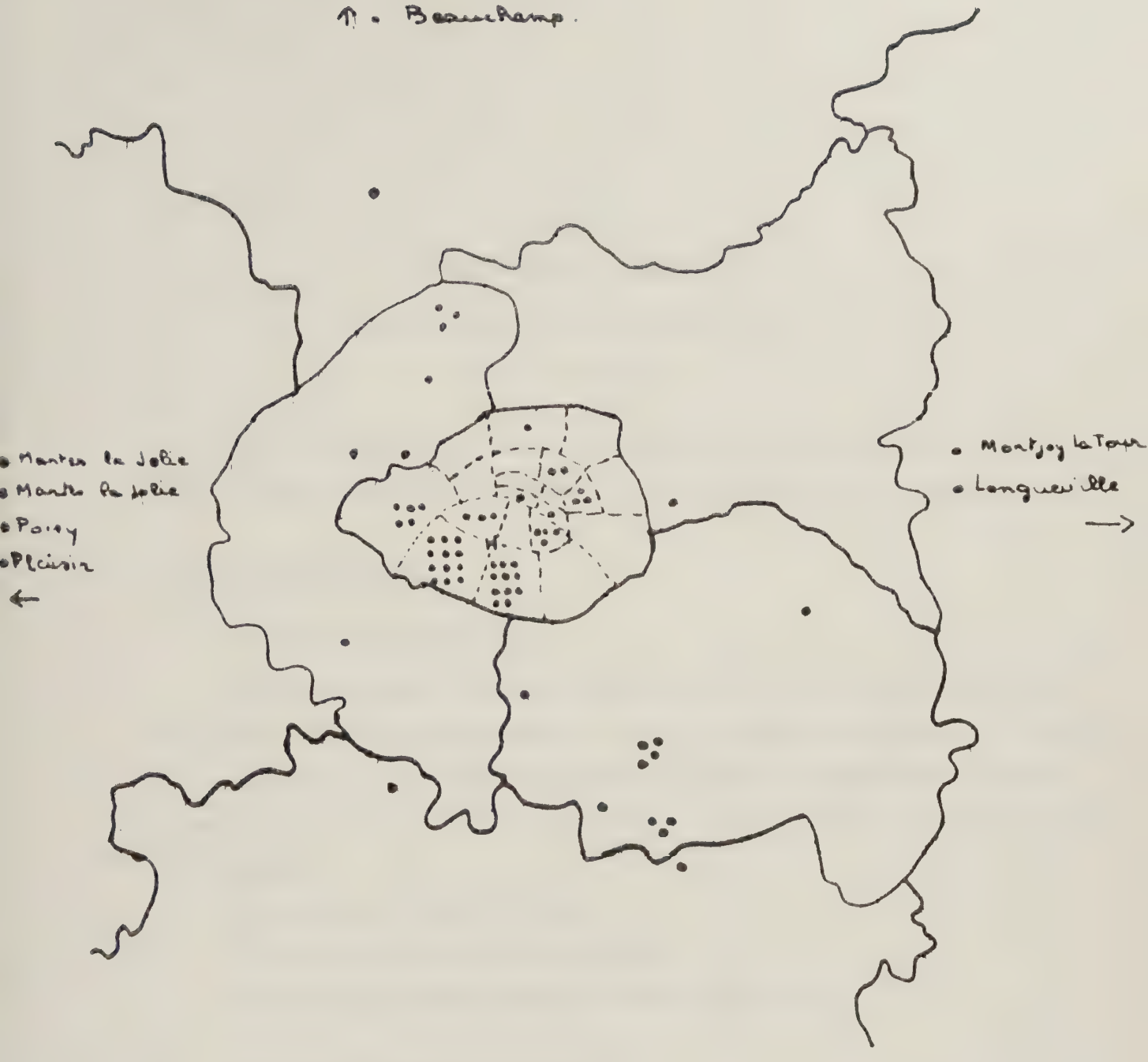
Combien de temps compte-t-elle rester en France ? — 32 /_/

Compte-t-elle rester définitivement en France ?
oui 1 — 33 /_/
non 2
ignore 3

Retourne-t-elle au Portugal quelquefois ?
tous les ans 1 — 34/_/
moins d'une fois par an 2
plus d'une fois par an 3

Si retour envisagé, nature des projets :
achat d'un terrain ou d'une maison 1 — 35 /_/
commerce 2
qualification professionnelle 3

oOo



ENFANTS VENUS A LA CONSULTATION

(Repartition geographique)

PARIS	43	cas
Proche Banlieue	18	cas
Lointaine Banlieue	10	cas.

- III -

CARACTERES GENERAUX RELATIFS AUX CONSULTANTS

Ces caractères sont ceux, qui ont pu être recueillis pour tous les enfants, concernant le recrutement, l'âge et les motifs de venue.

I - LE RECRUTEMENT

A - L'aire de recrutement :

L'hôpital Necker-Enfants-Malades où s'ouvrit la consultation, est situé dans le 15e arrondissement de Paris, à l'intersection des 6, 7, 14 et 15e. Cette position géographique intervient pour une grande part dans le recrutement. Le classement par domicile, selon les trois groupes suivants s'est imposé :

- les enfants habitant Paris,
- les enfants de la proche banlieue,
- les enfants de la lointaine banlieue parisienne.

a) - Les enfants habitant Paris :

43 des enfants, venus à la consultation habitent Paris, soit 60,5 % des 71 dossiers,

La majorité d'entre eux vient des 14 à 15e arrondissements, proches de l'hôpital où les familles, peuvent venir à pied ou en métro facilement.

L'étude de la carte de répartition dans ces arrondissements révèle trois ilots préférentiels d'où proviennent la majorité des familles :

- dans le 14e, le long de la voie ferrée et de la gare Montparnasse, en particulier rue Vercingétorix et les rues attenantes. Il s'agit ici d'un îlot particulièrement insalubre, promis à la démolition selon les plans d'aménagement de la radiale A6-Montparnasse.

- dans le 15e, entre les rives ouest de la voie ferrée et la rue de Vaugirard enfin autour du carrefour de La Motte-Picquet - Grenelle .

Enfin, il est intéressant de noter que les cinq enfants provenant du 16e arrondissement, forment le troisième contingent d'enfants parisiens après ceux des 14 et 15e. Il s'agit essentiellement comme nous le reverrons dans les chapitres suivants de jeunes enfants, dirigés vers la consultation par les services de Protection Maternelle et Infantile, issus de familles dont les mères travaillent.

Peu d'enfants viennent des autres arrondissements au nord de la Seine.

b) - Les enfants habitant les départements limitrophes (proche banlieue)

18 enfants viennent des départements limitrophes, soit 25,5 %.

La majorité d'entre eux vient du Val de Marne (10) en particulier de deux communes : Villeneuve le Roi et Choisy le Roi. Dans ces deux cas, les enfants provenaient d'un îlot de bidonvilles.

c) - Les enfants habitant la grande banlieue :

Il s'agit d'enfants, venus de l'Essonne, des Yvelines, du Val d'Oise et de Seine et Marne. Malgré la distance et les difficultés d'accès (tous avaient dû pour venir en consultation utiliser autobus, train puis métro) ils représentent 14 % de l'effectif.

L'étude des diagnostics portés chez ces enfants explique, pour une grande part, les motifs qui ont amené les familles à venir jusqu'à la consultation. En effet, sur les 10 enfants venus, nous trouvons :

- 2 insuffisants moteurs cérébraux,
- 2 glaucomes congénitaux,

- 1 glycogènose
- 2 débiles profonds,
- 1 sourd-muet.

Comme nous le verrons dans le chapitre suivant, ces pathologies lourdes, chez les enfants migrants, ont été un des problèmes essentiels, auquel fut confrontée la consultation. La distance entre le domicile de ces enfants et des centres de soins appropriés, ne fut qu'une difficulté supplémentaire.

B - Le mode de recrutement

Des 71 enfants :

36 furent envoyés par les services scolaires.

Il pouvait s'agit soit de l'assistance sociale scolaire, soit de la directrice d'école, soit du médecin scolaire; certains enfants furent envoyés par l'inspecteur de l'académie.

18, par les services de protection maternelle et infantile. Une fois sur deux les puéricultrices visiteuses ont accompagné les enfants.

10 par les médecins traitants

4 par d'autres services médico-sociaux :

. Service social d'aide aux migrants (S S A E)

. Comité d'Etudes et de Soins aux Arriérés profonds (dit CESAP)

. Hôpitaux

3 seulement vinrent spontanément ayant entendu parler de la consultation par d'autres compatriotes.

Age	Nombre	Groupes
moins de 1 an	9	nourrissons 16
1 à 2 ans	7	
2 à 3 ans	2	
3 à 4 ans	2	
4 à 5 ans	5	de 2 à 6 ans 12
5 à 6 ans	3	
6 à 7 ans	7	
7 à 8 ans	4	
8 à 9 ans	5	de 6 à 11 ans 27
9 à 10 ans	7	
10 à 11 ans	4	
11 à 12 ans	3	
12 à 13 ans	5	
13 à 14 ans	3	de 11 à 15 ans 16
14 à 15 ans	3	
15 ans	2	

Age des enfants venus à la consultation.

II - AGES DES ENFANTS

La consultation étant ouverte à tous, nous avons été confrontés à des enfants d'âges très divers.

Nous nous sommes efforcés de répartir ces enfants en quatre groupes d'âges. Car il nous est apparu qu'à chacun de ces groupes est lié un certain nombre de problèmes spécifiques, le plus souvent de caractères préventifs.

Le tableau fait ainsi apparaître :

- 16 nourrissons entre 0 et 2 ans, pour qui se posaient des problèmes de diététique et de gardiennage,

- 12 enfants entre 2 et 6 ans ayant des problèmes de vaccination, de surveillance du développement psychomoteur, d'apprentissage de la langue française et de scolarisation maternelle.

- 27 enfants entre 6 et 11 ans pour qui, outre des questions d'ordre purement physique se sont posés dans un grand nombre de cas, des problèmes liés à l'adaptation scolaire et psychologique.

- enfin 16 grands enfants et adolescents au-delà de 11 ans, ayant des problèmes d'identité et d'avenir scolaire particulièrement difficiles.

III - MOTIFS DE VENUE

La simple lecture du tableau ci-joint suffit à évoquer la variété des motifs ayant amenés les enfants à la consultation.

La diversité du tableau ci-joint n'est d'ailleurs qu'une apparence. Cette liste de près de 25 motifs s'ordonne autour d'un certain nombre de grands thèmes. Nous pouvons regrouper tout de suite :

- les questions de sevrage, de diététique, de diarrhée et de rachitisme qui sont liées à des habitudes alimentaires et l'éducation.

Motifs de venue à la consultation

Vaccinations	13
Inadaptation scolaire	14
Troubles du comportement (énurésie, retard de langage)	4
Régime, sevrage	6
Rachitisme	3
Diarrhée	1
Aérocolie	1
Dermatose :	7
- eczéma 2	
- gale 5	
Primo-infection tuberculeuse	2
Ascaridiose	1
Obésité	3
Convulsion	1
Otite	1
Cyphose	1
Blépharite	1
Gonalgie	1
Glycogénose de type III	1
Glaucomes congénitaux	2
Tétralogie de Fallot	1
Hémiplégie cérébrale infantile	1
Surdi-mutité	2
Infirme moteur cérébral	2
Encéphalopathie	1
Placement temporaire	1

- les primo-infections tuberculeuses

- les affections de la peau, soit infectieuses, soit parasitaires,

- les parasitoses intestinales, en particulier l'ascaridiose,

- le problème des vaccinations

Enfin deux problèmes particulièrement complexes :

- les états malformatifs et surtout les informités sensorielles ou psychomotrices,

- les inadaptations scolaires.

oOo

- III -

PROBLEMES MEDICAUX

Reprenons un à un ces grands thèmes dans un ordre peut être arbitraire, à l'aide de cas particuliers.

I - HYPOTROPHIE, RACHITISME

La pathologie découlant d'habitudes ou d'erreurs alimentaires représente une part importante de notre consultation.

- Etudions tout d'abord le cas de Manuel 18 mois :

C'est un enfant né au Portugal, premier de deux, suivi dans un centre de P.M.I. Il fut amené par une puéricultrice visiteuse inquiète de sa pâleur, de sa maigreur et de sa petitesse. A l'examen, l'enfant présente, outre un retard staturo-pondéral, un retard psycho-moteur et des petits signes de rachitisme.

Nous interrogeons la mère. Aux questions que nous lui posons dans sa langue, elle nous répond qu'elle nourrit encore son enfant au biberon de lait et à la bouillie, plus exactement à la panade (soupe de pain et de lait) C'est une confirmation pour la puéricultrice qui s'en doutait déjà.

Nous expliquons à la mère la nécessité d'un régime varié et nous prescrivons une ampoule de Stérogyl 15, en confiant à la puéricultrice le loin de la donner, car on sait qu'il est illusoire de prescrire des gouttes quotidiennes.

Manuel n'est jamais revenu à la consultation malgré notre demande. Un an plus tard, nous avons fait une visite à domicile. Les parents vivaient dans une chambre d'hôtel meublé. L'enfant et sa soeur n'étaient plus là ; quelque temps après la consultation, la mère était retournée avec ses enfants au Portugal, à l'occasion des vacances et les avait confiés à la grand mère. "Ils étaient malades, ici ce n'est pas bien pour eux" nous dit-elle. Notre rôle, dans ce cas, n'aura été que ponctuel.

Joan - 4 mois : né en France à l'Hôpital de Créteil, nous est également adressé par une puéricultrice.

A 4 mois, il ne tient pas sa tête. A nos questions là envore, la mère nous répond qu'elle le nourrit exclusivement de lait. L'enfant était signalé à la P.M.I. de son quartier et c'est au vu de la négligence et de l'alcoolisme de la mère qu'il nous a été adressé. Nous lui prescrivons un régime plus équilibré et une vitaminothérapie D en ampoule. Il revient deux mois plus tard. Son état est légèrement amélioré. Puis nous ne le revoyons plus.

Un an plus tard, nous allons lui rendre visite, dans le quartier de la Nation, au milieu de l'après-midi. La famille vit dans une loge de concierge mal tenue, et les enfants sont malpropres. Joan est assis par terre, sale un verre de vin à la main, à 18 mois il ne marche pas encore. Un second bébé est né, il semble tout aussi négligé. La mère nous assure qu'il est suivi régulièrement au dispensaire du quartier. Les services compétents étant déjà alertés, notre rôle est terminé. Ce rôle était d'ailleurs, très limité au départ. Nos visites à domicile avaient essentiellement un but d'information et nous n'étions pas autorisés à intervenir.

- Dominique - 10 mois est l'exemple d'un cas inverse. A sa première consultation, il présentait les mêmes caractères d'hypotrophie, mais l'attitude de la mère est très différent et l'enfant revu un an après est un bel enfant sans problème, régulièrement suivi au Centre de P.M.I. et la mère est très fière de nous montrer son carnet.

Tous ces cas font apparaître combien les pratiques des mères portugaises sont souvent très éloignées de celles des mères françaises à qui s'adressent les conseils donnés dans les centres de P.M.I., tant en ce qui concernen le mode d'allaitement, la préparation des bouillies et des biberons que l'introduction précoce d'un régime diversifié.

Le médecin ne pense pas à s'en informer ou est dans l'impossibilité de le faire quand il ne parle pas la langue ; la mère ne comprend que les conseils qu'on lui donne dans sa langue, et en fonction de ses propres habitudes.

Ces difficultés dans les cas extrêmes aboutissent à des tableaux de rachitisme avec anémie grave. La plupart des jeunes enfants vus à la consultation, présentaient des signes mineurs de rachitisme mais deux jumeaux ont particulièrement retenu notre attention.

- Carlos et Francesco, jumeaux vrais, étaient nés un peu avant terme, sans doute vers le 8e mois, au Portugal. Nous ignorons leur poids de naissance. Quand ils viennent à la consultation, ils ont 12 mois et sont arrivés en France il y a 4 mois.

Depuis leur arrivée, ils ont peu d'appétit et se sont mis à vomir après leur repas. La mère sur les conseils d'une voisine portugaise s'est d'abord adressée audispensaire proche de son domicile. Devant la pâleur et l'hypotrophie des enfants, une numération globulaire et une formule sanguine ont été demandées. Devant les résultats qui révèlent une anémie hypochrome grave, les enfants sont adressés à notre consultation. En interrogeant la mère nous apprenons que les deux enfants ont été allaités au sein jusqu'à 4 mois avec difficultés; depuis elle les nourrit de lait de vache et de maïzena, parfois quelques légumes, généralement refusés par les enfants, jamais de viande, ni de poisson, ni d'oeufs ni de fruits. Aucun vaccin n'a jamais été pratiqué.

A l'examen les jumeaux présentent :

- un déficit pondéral important,
- un rachitisme évident avec signes cliniques et radiologiques,
- une décoloration intense des muqueuses et des conjonctives, évoquant d'emblée une anémie grave, confirmée par les examens complémentaires.

Devant la gravité de leur état, l'hospitalisation immédiate est décidée.

Ils restèrent dans le service durant un mois puis furent envoyés à l'hôpital hélio-marin de San Salvador pour trois mois. Nous les avons revus à leur retour à Paris, puis deux mois plus tard en bonne voie de guérison. Depuis nous ne les avons plus revus.

Cette fréquence du rachitisme grave chez les enfants migrants a donné lieu à toute une série d'études :

A. PAGES dans sa thèse de 1961, portant sur les enfants hospitalisés à Créteil, compare 142 enfants nord-africains à un groupe témoin de 2015 enfants français. Elle dénombre sur 142 nord-africains, 29 cas de rachitisme, soit 20 % du total ou encore 1 personne sur 5, et sur 2015 métropolitains 59 cas seulement, soit 2,7 % du total c'est-à-dire à peine plus d'une personne pour cinquante.

S. CARDORELLE, étudiant 130 enfants hospitalisés pour rachitisme à l'hôpital Hérold entre 1964 et 1969 trouve :

- 70 cas (51,1%) d'enfants nord-africains et antillais
- 60 cas (48,5 %) d'enfants métropolitains.

S. BERESSI, à l'hôpital Bretonneau étudiant en 1969 46 cas de rachitisme, dénombre 36 cas chez les enfants de migrants contre 10 cas seulement chez les métropolitains.

Des études similaires effectuées à Marseille, en 1969 par G. DUSSET et à Bordeaux en 1966 par GENOT retrouvent la même prédominance de rachitisme dans la population infantile migrante.

En 1970, LE PARMENTIER, étudiant 20 cas d'anémie hypochrome sévère associée à un rachitisme, et hospitalisés dans le service du Professeur Jean Bernard dénombre 15 enfants de migrants.

II - LA TUBERCULOSE

L'épidémiologie de la tuberculose s'est profondément modifiée en France au cours des vingt dernières années. Les cas de primo-infection tuberculeuse en particulier, sont en nette régression. Cependant au fur et à mesure de la diminution de la tuberculose infantile, la proportion des enfants de travailleurs migrants atteints de cette maladie devient plus importante.

Parmi nos 71 enfants, nous avons constaté 4 cas de primo-infection tuberculeuse.

- Oscar 12 ans - adressé par le dispensaire d'hygiène sociale de son quartier, pour bilan diagnostic et étiologique d'une opacité pulmonaire droite.

L'interrogatoire en portugais permet de préciser l'absence de vaccination par le BCG et l'apparition récente chez l'enfant d'une cuti positive.

Malgré l'absence de signes biologiques et le début clinique atypique, l'enfant est hospitalisé et traité.

- Maria - 12 ans - adressée par le médecin scolaire pour éclaircir une histoire d'adénite tuberculeuse.

En mai 1970, découverte lors d'un examen systématique d'une adénite axillaire, virage de cuti et présence de bacille de Koch.

Hospitalisation à Hérold, puis 15 mois de sanatorium dans les Landes.

L'enfant de retour à Paris depuis 6 mois, était lors de la consultation en bonne santé et suivait sans difficulté une classe de 7e. L'année passée en sanatorium en milieu français lui avait permis de faire des progrès considérables et de rattraper en partie un retard scolaire.

- Manuel - 11 ans - adressé par l'assistante sociale scolaire pour hypotrophie, retard staturo-pondéral et retard scolaire.

Fut hospitalisé en préventorium d'avril à juillet 1970 pour virage de cuti.

- Miguel - 12 ans - adressé par l'inspecteur d'académie pour retard scolaire.

Hospitalisé en 1970 pour virage de cuti.

Cette prédominance de la population migrante parmi les enfants soignés pour primo-infection tuberculeuse a récemment été analysée dans la thèse de G. SALFATI, qui montre en particulier qu'actuellement dans les hôpitaux et les préventoriums, la moitié des enfants atteints de cette affection sont des enfants de travailleurs migrants.

L'auteur déduit de cette constatation que la tuberculose, maladie sociale, ne touche plus guère que la fraction la plus défavorisée de la population d'origine française, alors que les travailleurs migrants, dont l'afflux n'a cessé de croître, restent encore, pour la plupart, dans des conditions socio-économiques et des logements désastreux.

III - LES MALADIES DE PEAU

Les dermo-épidermites microbiennes, les impétigos, les eczémas et surtout la gale sont encore fréquentes, et non négligeables, parmi la population consultante.

L'histoire de deux enfants est typique du climat familial et psychologique, dans lequel sont vécues ces affections par ailleurs bénignes.

- Alexandra - 7 mois est amené à la consultation par une puéricultrice visiteuse et la maman. Cette dernière en larmes, très dépressive, réclame un placement hospitalier. Elle ne pouvait plus supporter les cris et la vue de son enfant, et elle se jugeait incapable de la soigner.

A l'examen il s'agit d'un eczéma banal mais très prurigineux avec lésions de grattage, en particulier dans la nuque, ce qui effraie particulièrement la mère.

L'enfant est déjà suivie régulièrement en consultation de dermatologie. Mais la mère ne comprenant ni la maladie, ni le traitement, ni l'évolution de l'état de son enfant, vit très mal les rechutes.

Après avoir rassuré et calmé la mère dans sa langue, il est possible de lui expliquer, le comment et le pourquoi, d'un traitement à domicile. La puéricultrice visiteuse accepte de venir régulièrement les premiers jours afin de montrer à la maman comment procéder au bain de permanganate. L'hospitalisation est repoussée à la semaine suivante après un essai de traitement corticoïde local et général. Huit jours plus tard nous avons revu la mère et l'enfant très améliorée. Le traitement corticoïde fut stoppé. Il ne fut plus question de placement hospitalier et nous avons réexpliqué à la maman la nécessite de poursuivre les bains régulièrement, sans s'effrayer des rechutes à venir, quasi certaines.

Nous l'avons vue régulièrement par la suite et avons pu suivre l'enfant plusieurs mois. Puis elle n'est plus venue à notre consultation.

- Noberto - 15 ans - est adressé par le médecin scolaire pour une dermatose surinfectée. Il s'agit en fait d'une gale associée à un impétigo. L'enfant dirigé vers une consultation de dermatologie à l'Hôpital St Louis, y est gardé 43 heures.

Cinq mois plus tard, nous revoyons à domicile Noberto guéri de son impétigo, mais toute la famille, parents et les six enfants ont la gale. Un traitement familial à domicile et l'hygiène nécessaire pour une réussite sont alors expliqués à la mère en portugais et aux deux filles ainées qui parlent français. Nous ne les avons pas revus.

IV - ASCARIDIOSE

Manuel est un bel enfant de 2 ans qui nous est envoyé par une puéricultrice de son arrondissement, car il présente un ventre ballonné. Aucune précision sur ses antécédents et son régime alimentaire, n'a pu être obtenue, et elle vient à nous, sachant qu'elle va trouver un interprète. L'enfant a été bien suivi au Portugal où il a été correctement vacciné mais là-bas il a eu des "vers" nous dit la mère.

Actuellement il dort mal, digère mal mais peut être est-ce dû à un régime mal équilibré. Aussi interrogeons-nous à fond la mère sur ses habitudes alimentaires. Nous n'y trouvons rien à redire.

L'examen clinique ne révèle rien de particulier, en dehors d'un abdomen ballonné et hypotonique.

Par précaution on demande un transit du grêle qui révèle une multitude d'ascaris, enroulés en paquet, réalisant une véritable obstruction intestinale.

Cette ascaridiose massive, familière aux médecins travaillant en Afrique, paraît également fréquente chez les enfants portugais, en particulier chez ceux récemment arrivés, alors qu'elle est beaucoup plus rare en France et que les cas d'ascaridiose auxquels on se trouve confrontés, sont en règle bénins et n'entraînent aucun trouble notable de l'état général.

V - LES VACCINATIONS

On ne peut étudier le problème des vaccinations cas par cas. Ce fut pourtant le motif de venue invoqué par le plus grand nombre. La raison en est l'ignorance où nous sommes et où ils sont eux-mêmes de ce qui a été fait antérieurement. Pour chacun des vaccins la question se pose différemment.

a) - La vaccination anti-variolique laisse une cicatrice indélébile, de plus elle est depuis longtemps obligatoire au Portugal. Il nous a été donc

facile même sans preuve écrite de vérifier qu'elle avait été bien faite.

b) - La vaccination DTpolio pose d'autres problèmes. Elle n'est pratiquée que depuis peu au Portugal et n'atteint que très partiellement la population rurale.

Trois cas peuvent se présenter :

- le plus souvent, les familles n'ont pas de certificat de vaccinations et comme l'on ne peut se fier à leurs déclarations, il faut revacciner les enfants,

- parfois, elles ont la preuve écrite d'un certain nombre d'injections mais la vaccination est incomplète. En fonction des délais, on peut être amené soit à effectuer un simple rappel, soit à revacciner complètement l'enfant,

- enfin dans un nombre croissant de cas, car les familles portugaises savent l'obligation qui leur sera faite pour mettre leur enfant à l'école en France, les enfants sont correctement vaccinés et possèdent des certificats.

Ici se posent plusieurs problèmes :

- d'une part une question de calendrier vaccinal la vaccination DT coq comprend au Portugal 2 injections à 1 mois d'intervalle, suivies d'un rappel au bout d'un an. Ce protocole n'est pas considérée comme valable en France, où l'on exige 3injections consécutives suivies d'un rappel.

- d'autre part, les certificats de vaccination, rédigés en Portugais souvent présentés de façon peu précise, sont l'objet de la méfiance du personnel médico-social et conduisent dans quelques cas à des revaccinations abusives.

c) - Le B.C.G. reste un problème lorsqu'il n'y a pas de preuve écrite. Une cuti-réaction positive signifie-t-elle alors une primo-infection ou une réaction normale au B C G

La valeur de protection du B C G pour les enfants des travailleurs migrants resort à l'évidence dans la thèse de G. SALFATI où l'on constate que tous les frères et soeurs des jeunes migrants hospitalisés pour primo-infection qui avaient préalablement été vaccinés par le B C G ont été protégés par cette vaccination. Alors que les membres de la fratrie non vaccinés ont été dans plus de la moitié des cas contaminés par le même agent que l'enfant hospitalisé.

VI - LES ETATS MALFORMATIFS SEVERES

Ces états sont souvent la raison plus ou moins avouée de l'immigration familiale, dans l'espoir que l'enfant bénéficiera en France de conditions de traitement meilleures.

- Maria 9 ans - adressée par le médecin scolaire pour bilan d'un souffle systolique :

- à l'interrogatoire, on retrouve la notion de "malformation du coeur" portée à l'âge de 2 ans au Portugal,

- à l'examen :

. cyanose permanente,

. accroupissement

. dyspnée

Après avis cardiologique, le diagnostic de tétralogie de Fallot atypique est porté. L'enfant est confiée aux cardiologues pour un cathétérisme en vue d'une intervention chirurgicale.

- Lanzia - 4 ans et Adriana 7 ans, deux soeurs porteuses de glaucomes congénitaux bilatéraux, en France depuis une semaine, auparavant suivies au Portugal. Après bilan ophtalmologique, une goniotomie est envisagée, mais le pronostic reste réservé.

VI - LES ENFANTS HANDICAPES

Nous avons été frappés de la forte proportion d'handicapés lourds, soit handicapés sensoriels, soit infirmes moteurs cérébraux, soit encore encéphalopathes qui sont venus nous consulter.

- Luis a 5 ans et demi quand il vient nous voir; il marche très difficilement titube et fait des crises convulsives quotidiennes. Les parents sont venus sur les conseils d'un ami portugais. Il s'agit de leur fils unique, qu'ils ont eu tardivement, la mère avait 40 ans lors de l'accouchement.

A notre première consultation nous ne pouvons que le faire hospitaliser pour un bilan complet.

Cette hospitalisation d'un mois a été très mal vécue par la mère qui durant toute la journée demeurait prostrée, assise dans le couloir, malgré les efforts du personnel et de l'assistante sociale portugaise. Le diagnostic d'hémiplégie cérébrale infantile compliquée d'épilepsie est porté. L'étiologie est rapportée à un traumatisme obstétrical certain. Le retard intellectuel est très difficile à préciser mais paraît vraisemblable. A sa sortie de l'hôpital, un traitement kinésithérapique est prescrit. La mère commence par le refuser, et nous devons lui expliquer puis faire toutes les démarches nécessaires pour trouver une personne compétente dans son quartier. Il faut que cette personne puisse se rendre à domicile, heureusement situé en plein Paris. Nous passons également beaucoup de temps à expliquer au père, la nécessité d'un traitement anti-comitial constant et régulier. La mère, en effet n'est pas capable de nous écouter. Un rendez-vous pour électroencéphalogramme est prévu 15 jours plus tard. Les parents viennent ponctuellement. Un dialogue s'établit peu à peu. A chaque visite, nous sommes obligés de réexpliquer l'importance du traitement et l'assistante sociale fait plusieurs visites à domicile.

A l'une des consultations, nous nous apercevons que les séances de kinésithérapie ont cessé depuis près d'un mois, à nouveau nous devons intervenir.

En septembre, le médecin tente d'obtenir que l'enfant aille à l'école. Le père serait d'accord mais la mère sy refuse. Cependant en octobre quand les parents viennent nous revoir, ils nous annoncent que Luis va à l'école maternelle de son quartier. Il n'a plus eu de crises depuis huit mois.

Luis est l'exemple d'un casoù nous avons pu intervenir. Le pronostic médical et l'avenir de cet enfant restent problématiques mais nous pouvons encore l'aider. Il n'en est pas de même dans d'autres cas.

- Le cas de Maria Helena ressemble à celui de Luis mais il est compliqué par le travail des deux parents. L'enfant atteinte d'hémiplégie cérébrale infantile, est gardée le jour par sa grand'mère à qui l'on ne parvient pas à expliquer la nécessité des médicaments. Alors que les parents sont très ouverts, la grand'mère reste très soupçonneuse. De consultation en consultation, nous n'avons pas pu obtenir de stabilisation encore moins de diminution des crises épileptiques, sans savoir qu'il s'agissait d'une résistance à la thérapeutique ou d'un traitement mal appliqué.

- Paola - 5 ans - adressée par la directrice d'école, pour mutité :

  - essais de bilan orthophonique et psychiatrique.
  - diagnostic probable de débilité avec déficit plus marqué du langage.

- Oliviera - 4 ans (sourde et muette) - Jacques 9 ans (infirme moteur cérébral,) Manuel, Juan etc...

Pour tous, nous ne pouvons que peu de choses. Le diagnostic n'est pas toujours évident en raison de l'imprécision des anamnèses mais c'est surtout au niveau des mesures thérapeutiques ou de l'assistance que les difficultés deviennent insurmontables.

L'enfant encéphalopathe, qui pourrait relativement s'intégrer dans le cadre de son village, au sein d'une famille élargie n'est pas supporté par la famille dans les nouvelles conditions de logement et de vie.

Les rééducations instrumentales, en particulier celles du langage, sont pratiquement impossibles à réaliser chez des enfants sourds, dont la labiolecture s'est développée en langue portugaise. Il en est de même chez les infirmes moteurs cérébraux.

Les débiles mentaux vrais posent des problèmes comparables tant au point de vue du diagnostic qu'au niveau de la thérapeutique. Les tests utilisés pour les enfants français donnent des résultats pour le moins incertains, appliqués à des enfants de langue et de culture différentes, qui sont parfois non scolarisés et pour la plupart ne comprenant pas le français. La solution serait parfois le renvoi au pays natal,auprès d'un parent âgé, quand cela est possible. C'est vers un placement institutionnel que l'on finit par s'orienter, placement extrêmement difficile à réaliser.

Enfin, nous n'étions pas équipés pour les recevoir, ces familles ne savaient où aller et notre effort a consisté à les orienter dans la mesure du possible. Il y a malheureusement peu de solutions satisfaisantes. Ce problème est vraiment celui contre lequel nous avons buté. Bien souvent nous ne savions que proposer à ces familles.

VIII - INADAPTATION SCOLAIRE

Sous le motif d'inadaptation scolaire enfin, nous avons vu un grand nombre d'enfants. Pour 14 d'entre eux, ce fut le motif premier de leur venue, mais nous l'avons décelé chez presque tous les enfants d'âge scolaire. Difficultés scolaires, échecs répétés, retard, troubles du comportement, aggressivité, toutes ces formes diverses ne sont qu'un seul et même problème, et traduisent le malaise, tant des enfants que, des éducateurs et enseignants qui nous les envoient. Mais l'orientation d'un enfant portugais de 13 ans ou plus, ne sachant ni lire ni écrire ni parler français est-elle vraiment du ressort du médecin ?

Il est courant d'utiliser des tests, de déterminer un quotient intellectuel ou d'établir un bilan psychologique.

Nous avons vu que ces moyens devaient être utilisés avec une grande prudence.

En outre, l'adaptation est un problème qui dépasse le cadre scolaire. C'est un problème culturel qui met en cause non seulement l'enfant et l'école, mais encore la famille et spécialement les parents, les conditions de vie (en particulier le logement et l'alimentation) et pour des familles migrantes les conditions de venue et les formes d'accueil.

C'est donc un problème qui amène naturellement toute une étude du milieu où vit l'enfant.

oOo

NORD	Minho	23
	Trás os Montes	3
	Beira	5
CENTRE	Estramadure	2
	Ribatejo	2
	Lisbonne	4
SUD	Alentejo	2
	Algarve	3

LIEUX D'ORIGINE DES FAMILLES.

- ● ville
- • origine citadine
- ▲ origine peri urbaine
- ■ origine rurale

- IV -

LES CONDITIONS ECOLOGIQUES

Ces familles portugaises :

D'où viennent-elles ?

Comment sont-elles venues en France ?

Quelles sont-elles ?

Où vivent-elles et comment ?

Enfin que désirent-elles ?

I - D'OU VIENNENT-ELLES ?

Sur la carte, les points d'émigration apparaissent situés dans le nord. C'est une émigration en majorité rurale, venant des provinces du Minho, du Tras os Montes et du Beira.

On distingue une émigration importante qui vient de la province côtière et une émigration plus clairsemée des régions montagneuses de l'intérieur.

Dans l'une et l'autre région, l'émigration s'explique par des conditions d'existence précaires.

La province côtière très peuplée ne peut nourrir ses habitants dans un territoire morcelé, cultivé avec des techniques rudimentaires.

L'industrie y est encore insuffisante et cette région est traditionnellement un foyer d'émigration, au Brésil tout d'abord, en Afrique, en France depuis quelques années. Les régions de l'intérieur, montagneuses, souffrent de la sécheresse.

Le deuxième foyer d'émigration est venu des deux villes principales Lisbonne et Porto. Il s'agit en fait d'une émigration en deux étapes. Tout d'abord une migration rurale vers les foyers urbains puis une émigration à l'étranger.

Si on divise le Portugal en trois régions : Nord, Centre et Sud, le nord est la terre d'origine de 31 des 53 familles étudiées, le centre représente 8 familles et le sud n'en contient que 5. Neuf ne nous ont pas indiqué leur lieu d'origine.

Les réponses, en ce qui concerne la profession exercée au Portugal font apparaître :

- 13 cultivateurs,
- 32 artisants ouvriers, dont :
    - 3 pécheurs
    - 1 cordonnier
    - 1 tisserand
    - 1 électricien
    - 2 menuisiers
    - 10 ouvriers du bâtiment
    - 7 ouvriers en usine
    - 1 contrôleur de bus
    - 1 mécanicien
    - 1 tailleur de pierre
    - 1 docker
    - 1 potier
    - 2 chauffeurs

Donc contrairement à ce que l'on pourrait penser, les cultivateurs ne sont pas en majorité, mais plutôt les petits métiers artisanaux et les manoeuvres.

Parmi les mères :

-17 étaient au foyer,

- 17 cultivaient les champs
- 12 occupaient divers emplois
- 7 sans réponse.

II - COMMENT SONT-ELLES VENUES EN FRANCE ?

Sur les 44 réponses, il apparaît que le nombre des immigrants clandestins est très élevé.

	Père	Mère
Clandestins	27	24
Contrats	13	6
Touristes	4	14

Mais un homme sur 4 est venu avec un contrat de travail et un passeport en accord avec la législation de son pays et du nôtre.

Les femmes quand elles ne sont pas clandestines, viennent en touristes.

L'importance du nombre des clandestins est en lui même un obstacle à l'intégration rapide de ces gens en France. En effet, cela signifie qu'ils doivent non pas vraiment se cacher, mais "se débrouiller", dans un maquis administratif, pour se faire reconnaître le droit de rester chez nous, après avoir trouvé un emploi. La solidarité joue à ce moment un grand rôle. Le médecin ne peut se satisfaire d'une situation qui, d'une part retentit profondément sur la santé physique et psychique de cette population, et d'autre part, l'éloigne des possibilités de soins et d'aides qui lui sont offertes.

De cette précarité du statut administratif, découle bien souvent une instabilité de résidence. Le clandestin déménage fréquemment d'un lieu à l'autre, donne l'adresse d'un troisième et ne peut être contacté que très malaisément. Il nous est arrivé ainsi plusieurs fois de ne pouvoir joindre les familles, aux adresses qu'elles nous avaient indiquées lors de leur venue.

Ainsi à la recherche du jeune Luis, un après-midi derrière une façade sans caractère particulier, nous sommes entrés dans un monde inconnu. Le long d'une cour étroite, s'étageaient des balcons de bois, tendus de linge, et d'un balcon à l'autre des femmes s'interpelaient. Dans la cour, des enfants de tous âges, jouaient et s'arrêtèrent à notre arrivée. Nous avons interrogé en vain une première femme qui nous a renvoyées à une autre. Nous avons ainsi été envoyées, de l'une à l'autre, mais toujours en vain et les réponses sans être hostiles, étaient toujours réticentes. La présence de l'interprète, de nationalité portugaise, n'a pas semblé diminuer leur méfiance.

Nous n'avons pas réussi à savoir si Madame F... était absente ce jour-là, si la famille avait déménagé, ou si cette adresse n'était qu'une sorte de boite aux lettres indifféremment donnée par les nouveaux arrivants. L'organisation de ce groupe de personnes fait déjà penser à une société qui a ses règles propres. Les puéricultrices qui tentent une action à domicile nous avaient déjà signalé ces difficultés.

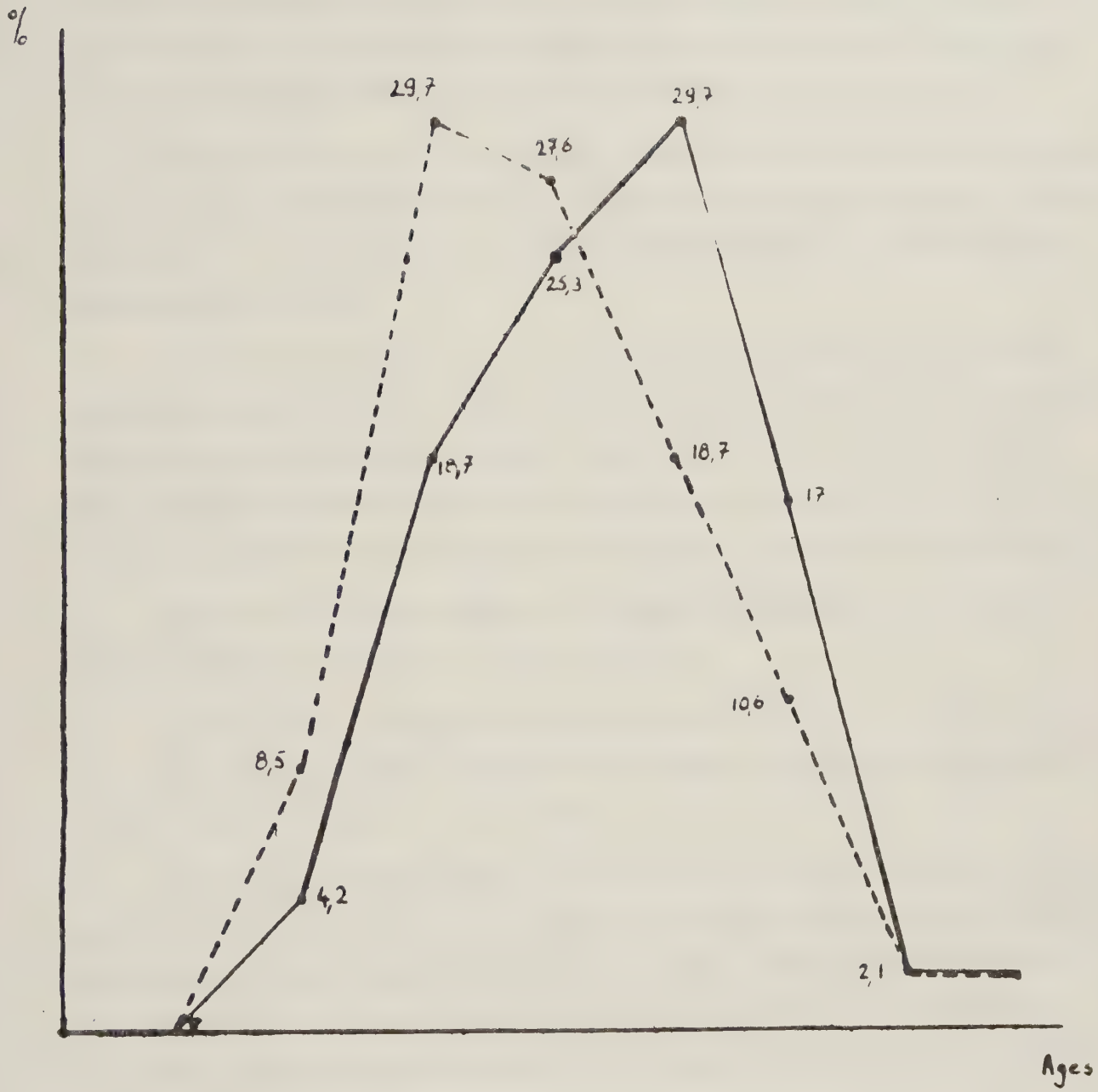
Sur les 43 enfants visités, nous n'en avons trouvé que 26. Pour les 17 non revus :

- 3 avaient déménagé sans laisser d'adresse,

- 2 étaient inconnus à l'adresse indiquée lors de la visite,

- 12 ne purent être trouvés malgré des visites répétées dans la journée, il nous aurait fallu venir tard le soir ou le dimanche.

En conclusion, peu de familles sont venues en France avec l'assurance de trouver un logement et un emploi. Pour la majorité d'entre elles, venues de façon clandestine ou en tourisme, l'administration reconnaît a postériori leur présence en France mais nul ne se préoccupe de leur logement, de leur emploi ni de leur état sanitaire. La solidarité de ces familles jouera un rôle d'autant plus nécessaire. En outre, les circulaires administratives qui se succèdent d'année en année font varier les conditions d'entrée, d'admission et également les conditions de renouvellement des cartes de séjour.



Ages des parents

III - QUELLES SONT-ELLES ?

Avant d'étudier la structure de ces familles, il faut bien voir que l'administration par ses exigences lui impose dès l'abord un certain nombre de caractères. Le travailleur portugais ne peut venir que s'il a moins de 50 ans. Les familles seront le plus souvent beaucoup plus jeunes.

La pyramide des âges, du fait du caractère récent de l'émigration est donc tronquée en haut. Elle a une physionomie particulière puisqu'il manque les classes plus âgées et que les classes d'âges entre 10et 20 ans sont peu représentées.

Ce fait est à comparer avec le graphique ci-contre qui donne l'âge des parents d'un certain nombre d'enfants que nous avons vus. Les pourcentages les plus importants se trouvent entre 30 et 40 ans. Si l'on suppose donc, ce qui est vraisemblable que la femme a eu son premier enfant vers 20 ans, l'explication des classes creuses entre 10 et 20 ans devient possible.

Sur les 53 familles étudiées, la majorité n'avait que 2 ou 3 enfants : dans un seul cas nous avons trouvé 8 enfants.

Au total ces 53 familles comprenaient 165 enfants, soit une moyenne de 3,1 enfants par famille donc plus importante que la moyenne française qui était de 2,29 au dernier recensement.

Mais il ne faut pas oublier que notre échantillon de familles portugaises a été étudié à partir d'une consultation de pédiatrie alors que le chiffre français est calculé sur l'ensemble des couples. En conclusion l'écart demeure raisonnable et on ne peut dire dans quel sens il sera susceptible d'évoluer. Il semble qu'au vu du taux de natalité du Portugal déjà inférieur à 20 pour 1000 en 1969, et qui tend à diminuer nettement, que les familles portugaises ne seront pas amenées à avoir en France beaucoup plus d'enfants que les familles françaises.

Un sondage récent réalisé à Aubervilliers auprès de 259 familles régulièrement suivies dans une consultation de P M I fait apparaître en effet une moyenne de :

- 1,96 enfants/famille française
- 1,97 enfants/famille portugaise

On constate que ces familles n'ont généralement pas plus de 4 enfants et que quand elles en ont plus, elles en laissent quelques uns au Portugal, ceci parce qu'elles sont dans l'incapacité de les garder pendant qu'elles travaillent.

Ce problème de garde est un problème complexe qui touche non seulement les familles nombreuses mais aussi toutes les jeunes mères qui travaillent.

Dans un grand nombre de cas, l'enfant est confié à des grands-parents au village portugais. Il arrive souvent que des enfants nés en France retournent au Portugal quelques mois après leur naissance, et ne reviennent en France qu'à l'âge de 7 ou 8 ans pour entrer à l'école.

Pour ceux qui restent et qui sont venus nous voir, le mode de gardiennage a été difficile à déterminer. Sur les 24 enfants non scolarisés (16 nourrissons, 3 enfants d'âge pré-scolaire , 5 handicapés) aucun n'était gardé en crèche ou par une nourrice agréée.

En dehors d'un cas où la grand'mère est présente, et d'un autre où la famille est venue pour demander un placement, tous les autres enfants sont théoriquement gardés par la mère. Or dix d'entre elles ont indiqué par ailleurs qu'elles travaillaient comme femmes de ménage, sans préciser ce qu'elles faisaient de leur enfant durant leur travail.

Est-il laissé seul ? Tout laisse à penser qu'il est confié à une voisine, ou à une soeur ainée. Mais nous ne pouvons affirmer qu'aucun enfant ne reste seul au foyer une partie de la journée, car nous avons plusieurs fois au cours de nos visites à domicile, trouvé porte close et vu par le carreau de de la loge, ou entendu un jeune enfant.

IV - QUE FONT-ELLES ?

L'activité des parents est un élément important de l'équilibre d'une famille. Outre la question du travail des mères et le problème du gardiennage, il est nécessaire d'étudier ce que font ces familles en France. Concrétement quelles sont leurs activités et en définitive leurs moyens d'existence ?

De nos dossiers, nous avons pu déterminer la profession de 51 pères et de 52 mères.

Activités du père	Activités de la mère
25 ouvriers du bâtiment.	20 sans profession
12 ouvriers dans l'automobile	19 femmes de ménage
8 divers	7 concierges
4 manoeuvres	3 ouvrières (monteuse, mécanicienne)
1 au chômage	1 aide-cuisinière
	1 employée dans une laverie.

La majorité des chefs de famille se répartit dans les professions du bâtiment et de l'industrie automobile.

Dans l'ensemble, les emplois occupés sont des emplois d'ouvriers non qualifiés et de manoeuvres.

Le détail des réponses fait apparaître des menuisiers, des maçons des charpentiers, des peintres en bâtiment, des boiseurs, mais l'analyse des salaires indiqués, proches du SMIG exclut en réalité toute notion de qualification.

Rares sont les exceptions, nous n'en avons trouvé qu'un seul exemple, un chef de chantier depuis 12 ans en France où il était arrivé à l'âge de 19 ans.

Nous avons trouvé par ailleurs, un accidenté du travail et un cas de chômage saisonnier.

Sous le terme de divers sont rassemblés un certain nombre de cas d'espèces :

- un aide-cuisinier qui, avec sa femme est employé par la cantine d'une école privée,

- un cantonnier,

- un polisseur,

- un magasinier,

- un jardinier,

- un électricien qui semble être le seul à avoir retrouvé un emploi équivalent à celui qu'il avait au Portugal, et dans sa qualification,

- un bottier artisan, installé en France depuis 5 ans et travaillant à la pièce pour des chausseurs de luxe,

- un homme de ménage.

En outre un chômeur de 42 ans, antérieurement chef d'équipe sur un chantier au Portugal, en France depuis 6 ans, d'abord mineur, puis en chômage.

La plupart des femmes travaillent commefemmes de ménage; 21 se sont dites sans activité professionnelle mais cherchaient souvent à faire des heures de ménage.

Un emploi très recherché est celui de concierge; il procure un logement gratuit, permet parfois de trouver plus facilement des ménages dans l'immeuble, et est quelquefois source de modestes revenus. Sept familles avaient pu trouver une loge.

Trois femmes seulement sont ouvrières. Nous retrouvons la femme de l'aide cuisinier, qui est cuisinière, et une employée dans une laverie.

En conclusion : des activités qui se concentrent dans les métiers du bâtiment et l'industrie automobile en ce qui concerne les hommes, les femmes elles, font des ménages.

Trouver du travail et si possible le conserver est le premier soucis des émigrés. Nous venons de voir comment il est résolu par un certain nombre d'entre eux. Nous percevons ainsi le cadre de leur existence professionnelle. Mais il est un autre souci qui vient tout aussitôt après, c'est celui du logement.

V - OU ET COMMENT SONT-ILS LOGES ?

On parle souvent dans les journaux des "mauvaises conditions" de logement des travailleurs émigrés. Il n'est pas question ici de reprendre un dossier déjà épais.

Déjà dans un paragraphe précédent, la profession de certains faisaient préssentir le mode de logement, ainsi pour les concierges au nombre de 7, pour les autres, le tableau indique :

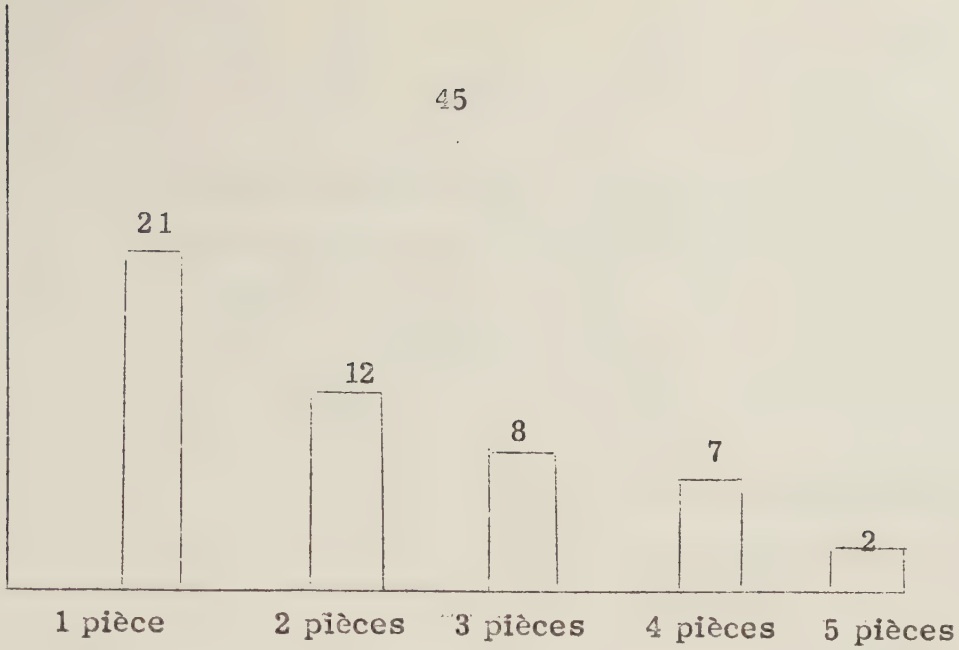
- 6 bidonvilles (tous en propriété)
- 6 hôtels meublés,
- 20 logements anciens (où sont comptés indistinctement les chambres de bonnes, les sous-sols, les appartements dans de vieux immeubles voués à la démolition)
- 8 H L M (1 en propriété)
- 1 pavillon de banlieue,
- 2 caravanes dépourvues de confort.

Cette liste ne donne qu'un aperçu de la réalité des conditions de logement. Il faut voir d'une part l'occupation des logements et d'autre part les commodités qui y sont attachées.

a) - 21 familles ne disposaient que d'une pièce alors qu'il y avait souvent plus d'un enfant par famille.

- dans deux cas, il y avait 6 personnes dans une pièce,

- et l'exemple des 5 pièces est l'illustration de la pondération que l'on doit apporter aux chiffres.



Nombre de pièces par logement occupé par une famille

Dans un cas en effet, il s'agit d'une accession à la propriété d'un logement ancien par une famille portugaise de 7 personnes, installée en France depuis 9 ans; ce logement était pourvu de toutes les commodités eau courante, cuisine, WC, électricité, gaz, chauffage central.

Dans l'autre cas, il s'agit d'un bidonville, éclairé au pétrole, chauffé avec un poêle à charbon, sans eau courante, ni WC abritant 8 personnes dont 6 enfants, entrés clandestinement et depuis 3 ans en France.

- sur les 8 cas d'accession à la propriété, 6 étaient propriétaires dans des bidonvilles.

- Dans 2 cas seulement les familles disposaient d'une pièce par personne.

b) - Sur 47 familles, nous trouvons :

- eau courante 37
- électricité 39
- gaz 32
- cuisine 28
- W.C. 13
- le mode de chauffage :
  . 14 chauffage central

. 8 chauffage individuel au charbon
. 6 chauffage individuel au mazout
. 6 chauffage individuel au gaz
. 4 chauffage individuel électrique
. 3 sans chauffage.

Pour nuancer cer chiffres, nous avons attribué deux mentions à chaque logement, l'un concernant l'éclairement et l'autre l'humidité; ces qualifications très subjectives ont été établies par recoupement à partir des descriptions que nous en faisaient les gens. En assemblant les facteurs d'obscurité et d'humidité, nous obtenons le tableau suivant :

Total	Obscur-humide	Obscur - sec	Clair- humide	Clair - sec
40	25	3	2	10

Il semble donc que dans 62,5 % des cas les logements étaient malsains.

Mais le logement traduit souvent le degré d'intégration de ces familles en France. Ainsi l'achat d'un appartement indique le désir de se fixer définitivement.

La vie en bidonville, malgré son aspect rudimentaire, correspond parfois à une transition nécessaire : car les migrants y trouvent que l'accueil qu'ils n'ont pas ailleurs!

Les projets d'avenir sont également très révélateurs. Apparemment, les familles pensent rentrer après avoir économisé le plus possible dans le temps le plus bref. Les dépenses de logement sont réduites au minimum (désir d'une loge) et les enfants en bas âge laissés au Portugal. Mais peu à peu sous l'effet des circonstances et surtout des enfants, en fonction des possibilités d'accueil et de logement meilleurs qui leur sont proposés, les projets tendent à devenir lointains. La maison construite pour un retour rapide, n'est plus utilisée qu'au moment des vacances. Les parents envisagent peu à

peu de n'y retourner que pour leur retraire. Et quelques uns iront même plus loin ; ils disent vouloir se fixer en France. L'élément le plus décisif semble être l'attitude des enfants.

Car c'est pour eux que les parents se résolvent à ce nouveau pays. C'est ce qui rend d'autant plus important le problème de l'adaptation scolaire auquel nous avons été confrontés au cours des consultations.

oOo

- V -

L'ADAPTATION SCOLAIRE

On attribue généralement à l'enfant des qualités de contact, d'assimilation, d'adaptation particulièrement développées; et c'est souvent pour assurer aux enfants des conditions de vie meilleure et plus de chances à l'âge adulte, que les parents se sont décidés à émigrer.

Or si le travailleur migrant se heurte parfois à des obstacles insurmontables et si son enfant semble les traverser plus aisément, il ne faut pas s'exagérer cette apparente facilité d'intégration. Elle cache souvent une profonde désorientation et une grande vulnérabilité.

Le premier milieu d'accueil dans lequel l'enfant étranger va pénétrer est l'école. C'est là que vont se poser en premier lieu les problèmes d'intégration et d'adaptation psychologiques.

Sur 70 enfants étudiés, 38 vont à l'école et 9 sont en maternelle : 23 présentaient des difficultés scolaires :

- 14 étaient venus uniquement pour ce motif,
- 9 venus pour des motifs physiques ne mentionnaient que secondairement les problèmes scolaires qui, en fait, tenaient le premier plan.

A - L'ECOLE MATERNELLE

Pour les plus jeunes et pour ceux qui sont nés en France, c'est à l'école maternelle que l'adaptation à la vie française et l'apprentissage de la langue doivent se faire naturellement. Pourtant, certains opposent la né-

cessité de bien connaître sa langue maternelle avant d'en apprendre une autre. L'opinion la plus générale, afin de pallier à la pauvreté culturelle de l'environnement familial, se déclare cependant en faveur d'une scolarisation dès l'âge de deux ans. Parmi les parents, en effet, se trouve un grand nombre d'analphabètes.

Sur 53 couples :

- 6 pères étaient analphabètes en portugais (5 avaient d'ailleurs plus de 40 ans) et 14 mères; les uns et les autres n'avaient jamais été scolarisés.

- 38 pères et 30 mères ont déclaré savoir lire et écrire, mais pour certains, cela signifiait seulement savoir signer son nom.

- nous n'avons pas eu de réponse pour 9 couples.

Les jeunes enfants en maternelle que nous avons vus, ne présentaient pas de troubles caractéristiques. Le malaise traduit par anorexie ou énurésie, que nous rencontrons chez 4 d'entre eux, se retrouve également en grande proportion chez les jeunes français. C'est plus tard que se posent les vrais problèmes.

La maternelle se doit de préparer le jeune enfant, à affronter le cours préparatoire avec un niveau de français suffisant. C'est pourquoi, il ne suffit pas pour un enfant étranger de trouver une place à la maternelle, encore faut-il qu'il y fréquente une majorité d'enfants français. Les classes maternelles peuplées uniquement d'enfants migrants, habitant les bidonvilles et les cités de transit, sont de véritables ghettos scolaires où le petit étranger n'a aucune possibilité de s'intégrer ou d'apprendre le français.

Il est vraisemblable que les enfants issus de ces classes maternelles iront grossir le lot des enfants étrangers arrivant dans les classes primaires sans aucune notion préalable de français; accumulant au fil des années, des retards scolaires pour échouer finalement dans les classes de transition.

B - L'ECOLE PRIMAIRE

Pour les enfants plus âgés, la situation est plus grave.

a) - Pour les plus jeunes d'entre eux, entre 6 et 9 ans, il s'agissait d'enfants, en France depuis moins d'un an, n'ayant jamais été scolarisés au Portugal et ne sachant pas un mot de français. A cet âge, ils nous sont envoyés pour troubles du comportement : agressivité, instabilité, incapacité de suivre le rythme d'une classe.

- l'un d'entre eux qui avait été scolarisé un an au Portugal et redoublait le cours préparatoire en France où il était arrivé 18 mois auparavant, présentait des troubles du langage d'une telle importance tant en portugais qu'en français que la question posée était celle d'une éventuelle débilité ou d'une dysphasie. La réponse à une telle question est difficile. Nous avons déjà parlé des incertitudes dans l'interprétation des tests.

Aucun de ces enfants n'avait pu bénéficier d'un cours de rattrapage ou d'adaptation.

- Le plus jeune enfant de 6 ans aurait pu tirer profit d'une année en maternelle. Mais l'effectif était au complet et cet enfant a été mis au cours préparatoire avec un handicap linguistique qui risque de croître au cours des années.

- une jeune portugaise, âgée de 8 ans, arrivée en France quelques mois auparavant, s'est révélée lors d'une conversation en portugais avec le médecin intelligente et futée. Elle avait pourtant d'emblée, été placée dans une classe de perfectionnement avec les enfants débiles.

Plus tard les problèmes s'accentuent :

b - dans un groupe de 6 enfants de 9 à 11 ans, hormis 2 qui nous avaient été adressés pour vaccination, les 4 autres étaient venus pour des tests et des conseils en vue d'une orientation pédagogique, à cause d'un grand retard scolaire.

Il s'agissait :

- soit d'enfants scolarisés 1 ou 2 ans au Portugal, arrivés depuis peu

en France, ne sachant ni lire, ni écrire et mis au cours élémentaire en fonction de leur âge,

- soit d'enfants depuis longtemps en France pour qui ont été parfois tentés des cours de rattrapage, mais qui finalement se retrouvent, pour la 2e ou 3e année, en cours élémentaire ou en classe de perfectionnement.

c - D'autres enfants arrivent en France à l'âge de 12 ou 13 ans; ils sont trop âgés pour être admis dans une classe primaire, et ne peuvent non plus entrer en sixième.

Ces enfants intelligents qui se débrouillaient très bien dans leur village mais qui n'y avaient reçu aucune instruction ou qu'une instruction insuffisante, finissent par aboutir dans les classes de perfectionnement faites pour les débiles mentaux.

A titre d'exemple, un inspecteur d'académie adressa à notre consultation, trois jeunes portugais de 12 et 13 ans :

- deux d'entre eux, arrivés depuis quelques mois en France avaient été mis dans une classe d'initiation pour enfants étrangers. A la fin de l'année scolaire, ils ne savaient toujours ni lire ni écrire en français et on ne savait où les envoyer à la rentrée. En effet ils avaient dépassé l'âge d'admission dans une classe d'initiation et ne pouvaient donc la redoubler. Ces classes ont été prévues pour tenter de résoudre le problème de l'apprentissage du français "pour les enfants étrangers âgés de 7 à 13 ans, ayant acquis auparavant des aptitudes scolaires normales". Ces classes en nombre limité, fonctionnent de façon expérimentale.

- le troisième enfant âgé de 13 ans depuis un an en France, scolarisé au Portugal, avait été mis au cours élémentaire 2e année avec les enfants français de 8 à 9 ans. Il était dans l'incapacité de suivre la classe supérieure, ne sachant ni lire ou écrire en français, et ne pouvait pourtant pas rester plus longtemps avec de jeunes enfants.

Dans tous les cas, évaluer le quotient intellectuel était une gageure, mais surtout il n'y avait aucune structure susceptible de les accueillir.

Certes, il y a des petits étrangers qui démarrent en flèche, font feu de tout bois, s'adaptent rapidement et qui, animés d'un violent désir de réussite, parcourent sans retard le cycle primaire et parviennent ainsi en 6e.

Ces enfants ne constituent qu'une petite minorité; pour la grosse majorité des enfants étrangers, l'échec scolaire est la règle.

Une enquête réalisée par Madame TREBOUS pour le compte de l'O.C.D.E. dans un certain nombre d'écoles primaires, révèle que parmi les enfants de migrants de 14 ans ayant tous été plus ou moins normalement scolarisés :

- 20 % ne savent pas lire le français,
- 40 % ont un niveau de cours élémentaire 2e année
- 20 % ont un niveau de classe de fin d'études mais sans avoir passé le certificat
- 20 % sont en CEG ou dans une école professionnelle.

La concentration des enfants immigrés dans une même école ou dans une même classe entrave sans aucun doute leurs possibilités d'intégration et retentit également sur le rendement scolaire de tous les élèves de la classe. Cette concentration se retrouve dans toute une série d'écoles des départements de la région parisienne.

C'est ainsi par exemple que, si 15 % seulement des 125.000 élèves de l'enseignement primaire sont étrangers dans le département de la Seine St Denis (93) on trouve :

- 52 % d'enfants étrangers dans une école de Gennevilliers,
- 70 % d'enfants étrangers dans une école de Nanterre,
- 80 % d'enfants étrangers dans une école de Sartrouville.

Or dans l'école de Nanterre qui comporte 70 % d'étrangers, 84 % des enfants redoublent au moins une fois le cours préparatoire.

Pour ces enfants, l'apprentissage de la langue française est une étape essentielle de leur insertion dans la société d'accueil. Mais en dépit de cette

étape, tout n'est pas résolu pour autant. Les troubles caractériels apparus à l'école, l'agressivité vis-à-vis des autres enfants dans la cour de récréation et vis-à-vis des maîtres, l'attentisme, la méfiance qui peut se traduire par un mutisme, traduisent les conflits multiples que l'enfant doit peu à peu résoudre.

L'enfant découvre tout à la fois, l'école, le racisme, la vulnérabilité, de ses parents. Servant souvent d'interprète il assume des responsabilités qui ne feront qu'accroître son désarroi. Il se meut dans un univers urbain et ne comprend plus le passé des parents. Il ne connaît le Portugal qu'au cours des vacances où il se découvre peu de points communs avec les cousins restés au village. Il y sera parfois en bute à la jalousie; à l'inverse en France, il se sait mal accepté et voit ses parents objets de vexations auxquelles il assiste impuissant. L'adolescent ne sachant plus comment fonder son identité, tant nationale que surtout sociale et culturelle, réagit violemment et est entraîné parfois sur les voies de la délinquance.

Toute une série de facteurs concourent donc à rendre difficile, non seulement l'adaptation scolaire, mais encore l'adaptation qui doit se faire au moment de l'entrée dans la vie professionnelle. Ce sont des questions d'orientation qui demandent beaucoup de compréhension, non seulement des problèmes de l'enfant, mais aussi de ceux posés par l'émigration en général.

La situation de l'enfant n'est bien souvent que le reflet de la situation des étrangers en France. L'aide qu'on peut leur apporter de façon immédiate ne doit pas faire oublier la nécessité de résoudre des problèmes plus généraux, c'est-à-dire de définir et de promouvoir une politique cohérente de l'immigration.

CONCLUSIONS

Notre but, au cours de cette étude, a été, à partir d'une consultation de pédiatrie destinée aux enfants portugais de la région parisienne, de mieux connaître les difficultés médicales et sociales auxquelles sont confrontés ces enfants de familles émigrées et de tenter d'évaluer l'aide apportée par cette consultation en langue portugaise.

Grâce aux interprètes et aux visites à domicile, nous avons pu :

- préciser le recrutement selon le lieu géographique, l'âge, le motif de venue;

- analyser l'éventail des problèmes médicaux posés par cette population. Nous avons schématiquement été confrontés à quatre types de malades :

. des enfants atteints d'affections médicales variées : primo-infection tuberculeuse, affections dermatologiques et parasitaires,

. de nourrissons et de jeunes enfants posant essentiellement des problèmes d'hygiène de vie et d'erreurs diététiques avec leurs conséquences : rachitisme, anémie carentielle, hypotrophie etc...

. de nombreux enfants adressés à notre consultation par les structures de l'enseignement pour des troubles de comportement et des retards scolaires,

. des enfants porteurs d'handicaps sensoriels, moteurs ou psychiques souvent très sévères.

- recueillir des données précises sur l'environnement socio-économique de ces familles.

L'analyse du déroulement de cette consultation a permis tout à la fois d'en préciser l'intérêt mais aussi les limites.

L'intérêt nous semble avoir résidé en la présence d'un médecin interprête et d'une assistante sociale portugaises facilitant le contact avec ces familles. Le bénéfice psychologique que celles-ci retirent de cette double présence nous paraît indiscutable. Mais les limites nous sont très vite apparues. Notre ambition qui était essentiellement d'apporter notre aide aux familles les plus récemment arrivées, les plus inadaptées et les plus isolées par la barrière linguistique ne s'est que très particulièrement réalisée. La consultation a joué essentiellement le rôle de recours pour des cas jugés trop difficiles à résoudre par d'autres structures médico-sociales.

De cette étude, il est possible de tirer déjà certains renseignements :

- c'est au niveau des structures locales situées dans les lieux d'implantation de la population migrante que doivent renforcer la prise en charge médicale, l'éducation sanitaire et l'aide sociale aux populations récemment émigrées.

- les difficultés rencontrées par ces structures en ce qui concerne la population migrante sont de deux ordres :

. une méconnaissance par manque d'information des problèmes spécifiques des émigrants et particulièrement de leur culture et de leur comportement traditionnel.

. le barrage linguistique qui constitue un obstacle difficilement surmontable à la communication.

L'intégration au sein des équipes médico-sociales de collaborateurs recherchés parmi les migrants soit comme interprètes soit comme travailleurs sociaux ou éducateurs sanitaires, semble l'une des solutions les plus positives.

oOo

BIBLIOGRAPHIE

1 - BARDEAU J.

L'immigration de main d'oeuvre en métropole.
(Extrait du rapport annuel 1970 de l'Inspecteur général des Affaires sociales, tutelle et gestion)
Hommes et migrations, Paris Avril 1971, 22 A - 806

2 - BERESSI S.

Epidémiologie du rachitisme commun à l'hôpital Bretonneau au cours de l'année 1969
Thèse de Médecine, Paris 1971, n° 18

3 - BERNARD - PICHON A.

Problèmes de PMI posés par les enfants des travailleurs migrants (rapport présenté lors de la commission de la protection de l'enfance au ministère des affaires sociales 18.5.66)
Revue d'hygiène et de médecine sociale Paris 1967, 15, n° 2

4 - BOURGAREL Y.

Eléments pour une adaptation de l'école primaire aux enfants des bidonvilles et cités de transit.
Inter éducation Paris Juin 1968, 3, p.26-30

5 - CARDORELLE S.

Etude des conditions d'apparition du rachitisme commun vitaminoprive et ses conséquences sociales dans la région parisienne.
Thèse de Médecine, Paris 1971, n° 20

6 - CANONNE F.

Contribution à l'élaboration d'une méthode de recherche sur l'hygiène mentale des enfants et des adolescents en situation marginales
Thèse de Médecine Paris 1966

7 - CHAMPION Y.

Migration et maladie mentale
Classes expérimentales d'initiation pour enfants étrangers
Circulaire IX, 70-73, du 13.1.1970, bull. off. Educ. Nationale 29.1.1970

9 - DAUSSEY

Immigration de main d'oeuvre et immigration familiale en France depuis 1946
Mémoire de stage, Rennes, Ecole Nationale de Santé Publique 1967-68

10 - DE ALMEIDA A.

Difficultés d'intégration dans les grandes villes des migrants ruraux et étrangers.
Santé Mentale n° 1, p.7-41

11 - DIERKENS

Les problèmes psychologiques posés par l'intégration des migrants
Centre d'Etudes de sociologie de la Santé
Colloque de l'Université Libre de Bruxelles 1967
Edition de l'Institut de Sociologie p.85-124

12 - DUSSUET G.

Pathologie du nourrisson nord-africain en milieu hospitalier expérience d'un service marseillais.
Thèse de Médecine, Marseille 1969, n° 138

13 - FEDERICI

Les enfants restés au pays d'origine.
Séminaire au Centre International de l'Enfance 1968
Informations sociales 1969, n°5-6

14 - FERNANDEZ C.

L'émigration portugaise et le contexte démographique et économique du Portugal.
(rapport au centre de sociologie de la main d'oeuvre Université de Toulouse le Mirail, juin 1969).

15 - GARCIA

Sondage médico-social sur les immigrants clandestins examinés au centre de Tours
Thèse de Médecine, Tours 1969

16 - GENOT

Contribution à l'étude épidémiologique du rachitisme commun du nourrisson, enquête hospitalière.
Thèse de Médecine Bordeaux 1967, n° 246

17 - GRANGE P.

Aspects psychologiques des classes d'initiation pour enfants étrangers.
Hommes et Migrations Paris 1972, 23 A, 821

18 - GRANOTIER B.

Les travailleurs immigrés en France
Paris Maspero edit. 276 p.

19 - GREENHOUGH

Pourquoi les enfants des travailleurs migrants réussissent-ils moins bien à l'école ?
Education et développement,1971 octobre n° 71, p.56-60

20 - JOHNSTON R.

La recherche d'une identité culturelle chez les immigrants
Migration Internationale vol. VI, n° 4, 1968, p.216-221

21 - JOZEAU A.M.

Les portugais : une année scolaire avec les petits portugais
Interéducation 1969, sept-oct n° 11, p.21-26

22 - KELLERHALS J. et WIRTH G.

Stratégie familiale et immigration
"Les enfants des travailleurs migrants"
CIE, Chateau de Longchamp Paris, p.114-123

23 - LAMBERT

Les problèmes sociaux et médicaux des travailleurs étrangers au sein de l'agglomération lyonnaise
Thèse de Médecine Lyon 1966, n° 213

24 - LAMBIOTTE-FEKKAR B.

Le problème de l'adaptation scolaire des enfants algériens de la région parisienne.
Enfance Paris 1966, oct.-dec. n° 4-5, p.129-136

25 - LAURAN A.

Les enfants de nulle part
Terre entière, Juil. Aout 1972, 54

26 - LE PARMENTIER

Contribution à l'étude des anémies au cours du rachitisme.
Thèse de médecine, Paris 1970, n° 649

27 - MALENFANT

Scolarisation des enfants des travailleurs migrants en France
Rapport présenté au Conseil de l'Europe, mars 1970

28 - NADOT R.

Effets de l'immigration sur la natalité en France depuis 1953
Population, Paris, Mai juin 1967, 22, 3, 483-518

29 - PAGES A.

La pathologie et les conditions sociales des enfants d'origine nord-africaine hospitalisés dans le service de pédiatrie, de l'hôpital intercommunal de Créteil du 1.11.58 au 1.11.59
Thèse de Médecine Paris 1961

30 - PEGUET J.

Etude des facteurs démographiques et socio-économiques de l'hospitalisation des enfants dans le service de pédiatrie du Dr. Grenet à l'hôpital Herold de Paris
Thèse de Médecine Paris 1971, n° 19

31 - PENNELLEC G.

Des toits pour les migrants.
Informations sociales, Paris 1971, 9, 24-34

32 - PETIT

L'immigration portugaise dans la région parisienne
Document de la Préfecture de la Seine T I et T II juin 1965

33 - RIPOCHE J.

Problèmes médico-pédagogiques posés par la scolarisation des enfants de travailleurs migrants en Seine St Denis.
Recherche médico-pédagogique du médecin, département de Santé scolaire

34 - ROCHA TRINDADE M.B.

Observations psycho-sociologiques d'un groupe de portugais dans la banlieue parisienne.
Thèse, Faculté Lettres et Sc. Humaines Paris (Orsay) 1970

35 - RODRIGUEZ R.

Adaptation des enfants de migrants à Genève
Importance du contexte familial.
Les enfants des travailleurs migrants.
CIE, Chateau de Longchamp Paris 1972, p° 104-113

36 - SALFATI G.

Les primo-infections des enfants de travailleurs migrants
Sem.Hop. ann. pédiatrie 2.10.1970 46 A, 39/10

37 - STRAUS P.

L'hospitalisation des enfants
Institut National d'hygiène, monographie 1961, 23, 200, p.

38 - STRAUS P.

Protection de l'enfant migrant.
Séminaire sur les problèmes posés par les enfants de travailleurs migrants au centre international de l'enfance en décembre 1968
Informations sociales Paris 1969, 23, 5-6

39 - STRAUS P.

The health and adaptability of the children of migrant : workers in France.
XIIIe Congrès International de Pédiatrie, Vienne 29 aout, 4 sept. 1971

40 - TAPINOS G.

L'immigration étrangère en France depuis 1946 et la nouvelle politique d'immigration.
Population Paris, nov. dec. 1969, 6, 1967-1122

41 - VAN MALDERGHEM

L'incidence des motivations des migrants sur leur mode de vie.
Colloque du centre d'études de sociologie de la santé. Edition de Université Libre de Bruxelle 1967,

42 - VILLIER F.

Portugal
Petite Planche, seuil, Paris 1972

43 - XAV-LAVAL

Conditions actuelles d'apparition de la PIT
de l'enfant et de l'adolescent.
Marseille Médical 1971, 108 A - 10

oOo

Vu le Président de Thèse

Pr. MANDE

Vu le Doyen de la Faculté
Necker-Enfants Malades

Pr. JEROME

Vu et Permis d'imprimer

Le Rectèur de l'Académie de Paris

R. MALLET